

**МОЗ УКРАИНЫ**

**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Кафедра инфекционных болезней с курсом эпидемиологии**

Утверждено  
 на методическом совещании  
 кафедры инфекционных  
 болезней с курсом  
 эпидемиологии  
 Зав. кафедрой, профессор  
 Козько В.Н.

**Методические указания**

Для преподавателей

Учебная дисциплина	Инфекционные болезни
Модуль №1	
Содержательный модуль №1	<i><b>Основные права и обязанности врача инфекциониста в условиях поликлиники. Нормативные документы МОЗ Украины по работе врача КИЗ. Тактика врача при обнаружении больного с синдромом длительной лихорадки. Дифференциальная диагностика синдрома длительной лихорадки. Алгоритмы обследования. Проблема сепсиса в медицинской практике.</b></i>
Тема занятия	<i><b>Тактика врача при обнаружении больного с синдромом длительной лихорадки. Дифференциальная диагностика синдрома длительной лихорадки. Алгоритмы обследования. Проблема сепсиса в медицинской практике.</b></i>
Курс	6
Факультет	

**Составители:**

**Проф. Козько В.Н., доц. Меркулова Н.Ф., Градиль Г. И. , Краснов М. И., Бондаренко А.В.**

## 1. Актуальность.

Актуальность этой проблемы определяется широкой распространенностью и непрерывным ростом таких показателей, как септические заболевания, и, как следствие высокая смертность, формирование резистентности микрофлоры к антибиотикам, снижение по различным причинам уровня биологической резистентности населения.

Под т.н. «синдромом длительной лихорадки неясного генеза» (СДЛНГ) может маскироваться широкий круг как инфекционных, так и неинфекционных болезней. В первую очередь целесообразно определиться с самим сроком СДЛНГ. На сегодня считается возможным его использовать в качестве предварительного диагноза, если лихорадка длится не менее чем 5-7 суток, и проведенные рутинные лабораторные и инструментальные исследования не позволили установить диагноз. Известно, что среди причин СДЛНГ могут быть инфекционные болезни, туберкулез, онкологические и гематологические заболевания, сепсис и системные заболевания соединительной ткани. Нужно заметить, что в патогенезе многих инфекционных болезней возможен этап «сепсиса» (брюшной тиф, менингококцемия, псевдотуберкулез, иерсиниоз, сыпной тиф). Сепсис же определяют как полиэтиологическое заболевание, часто вызванное условно патогенной флорой. Однако в практической деятельности, если у больного регистрируется СДЛНГ, чаще всего проводится целенаправленная диагностика на выявление именно инфекционных болезней.

Не менее важное место в инфектологии занимает проблема сепсиса, что связано со значительной частотой заболевания, высокой летальностью и значительными экономическими убытками. Термин «сепсис» - интернозологическое понятие, которое определяет динамическое состояние, связанное с генерализацией инфекционного процесса. Летальность при сепсисе достигает 40-70%. Все это обуславливает необходимость активного изучения состояний, которые протекают с синдромом длительной лихорадки неясного генеза.

Сепсис- общеклиническая проблема, которая всегда привлекала внимание медицинских работников разных специальностей и которая может быть решена лишь общими усилиями и с использованием единственного методического подхода. Особенный интерес к этой проблеме возникает в связи с ростом заболеваемости ВИЧ-СПИДом, финальная стадия которого нередко характеризуется развитием септического состояния, вызванного разнообразными патогенными и условно патогенными возбудителями.

## **Учебные цели занятия**

### **2.1 Студент должен знать:**

- определение понятия синдрома длительной лихорадки;
- заболевания, которые сопровождаются длительной лихорадкой;
- что такое лихорадка?; основные причины лихорадки;
- патогенез длительной лихорадки при различных заболеваниях;
- классификация лихорадки по продолжительности, по степени повышения температуры;
- основные типы температурных кривых;
- характерные особенности температурной кривой при различных инфекционных болезнях;
- клиническую классификацию и клинические проявления отдельных форм заболеваний, сопровождающихся синдромом длительной лихорадки;
- клинические проявления осложнений (брюшного и сыпного тифов, малярии, сепсиса, СПИДа, бруцеллеза);
- лабораторную диагностику;
- принципы лечения перечисленных заболеваний;
- принципы профилактики;
- тактику ведения больных при неотложных состояниях;
- правила диспансеризации реконвалесцентов

### **2.2. Студент должен уметь:**

- собирать жалобы, анамнез заболевания и жизни, эпиданамнез у больных с длительной лихорадкой;
- проводить объективное обследование больного, обнаруживать основные симптомы и синдромы; обосновать клинический диагноз для своевременного направления больного в стационар;
- определить алгоритм обследования больных;
- интерпретировать результаты дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования (клинический анализ крови, клинический анализ мочи, клинический анализ кала, биохимический анализ крови и мочи, коагулограмма, протеинограмма, гемокультура, копро- уро-били- культура, стерильность крови, мазок и толстая капля крови, ультразвуковое и серологические исследования.);
- на основании клинико-лабораторных данных устанавливать синдромальный диагноз;
- на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных особенностей проводить дифференциальную диагностику между инфекционными заболеваниями, которые протекают с синдромом длительной лихорадки (брюшной тиф, паратифы А и В, тропическая малярия, сыпной тиф, бруцеллез, инфекционный мононуклеоз, сепсис, ВИЧ-СПИД) и с не инфекционными заболеваниями (лейкозы, системные заболевания: коллагенозы; с

злокачественными новообразованиями, с лихорадками гормональной этиологии) установить и обосновать заключительный диагноз в соответствии с классификацией;

- интерпретировать закономерности и особенности патологического и эпидемиологического процесса при синдроме длительной лихорадки;
- демонстрировать навыки клинической и лабораторной диагностики этих заболеваний;
- интерпретировать результаты специфических методов обследования.;
- определять направления лечебной тактики ведении больных согласно установленному диагнозу, оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе;
- определять тактику что к профилактике заболеваний на длительную лихорадку (брюшной тиф, паратиф А и В, тропическая малярия, сыпной тиф, бруцеллез, инфекционный мононуклеоз, сепсис, ВИЧ-СПИД);
- проводить профилактические мероприятия в очаге;
- придерживаться правил личной безопасности во время работы с инфекционными пациентами;
- придерживаться правил этики и деонтологии во время работы около постели больного.

### 3. Межпредметная интеграция

Дисциплина	Знать	Уметь
<b>Предыдущие дисциплины</b>		
Микробиология	Свойства возбудителей инфекционных болезней, которые вызываются вирусами и бактериями	Анализировать результаты специфических методов диагностики
Физиология	Параметры физиологической нормы органов и систем человека; показатели лабораторного обследования в норме (общий анализ крови, мочи, биохимия крови, параметры КЩР, электролиты крови и т.д.)	Оценить результаты лабораторного обследования
Патофизиология	Механизмы нарушения функций органов и систем при патологических состояниях разного происхождения	Анализировать физиологические изменения по результатам лабораторного обследования
Иммунология	Основные понятия предмета, роль системы иммунитета в инфекционном процессе; иммунологические аспекты формирования хронического процесса	Оценить результаты иммунологических исследований
Эпидемиология	Епид. процесс (источник, механизмы заражения, пути передачи, характеристика восприимчивого организма). География данной патологии в Украине и мире.	Собрать эпидемиологический анамнез, провести протиэпидемические и профилактические мероприятия в очаге инфекции
Пропедевтика	Методы и основные этапы клинического	Собрать анамнез, провести

внутренних болезней	обследования больного	клиническое обследование больного, обнаружить клинические симптомы и синдромы. Проанализировать полученные данные.
Неврология	Патогенез, клинические признаки полинейропатии, энцефалопатии, менингита, церебральной комы	Провести клиническое обследование больного с поражением центральной и периферической нервной систем
Дерматология	Патогенез, клиническую характеристику сыпей	Различать особенности сыпей в зависимости от этиологического фактора
Хирургия	Клинико-лабораторные и инструментальные признаки поражения опорно-двигательного аппарата, острой хирургической патологии	Вовремя обнаружить и поставить диагноз острых хирургических осложнений и оказать неотложную помощь
Клиническая фармакология	Показания, фармакокинетику, фармакодинамику, побочное действие пенициллинов, цефалоспоринов, аминогликозидов, карбопенемов, методы патогенетической терапии	Назначить лечение в зависимости от тяжести течения, индивидуальных особенностей больного, выбрать оптимальный режим питания, дозу препарата, выписать рецепты
Реанимация и интенсивная терапия	Неотложные состояния: · ИТШ · инфекционно токсичная энцефалопатия · острая почечная недостаточность · тромбгеморрагический синдром · отек легких, острая дыхательная недостаточность отек головного мозга	Вовремя диагностировать и оказать неотложную помощь при неотложных состояниях: · ИТШ · ОПН · ОДН · ОГМ · ТГС
Онкология	Клинико-лабораторные признаки опухолей брюшной полости.	Заподозрить и диагностировать у больного онкологическую патологию.
Гематология	Клинико-лабораторные признаки заболеваний крови, которые протекают с гемолитической желтухой.	Заподозрить и диагностировать у больного гематологическую патологию.
Профессиональные болезни токсикология	Клинико-лабораторные признаки отравлений	Устанавливать у больного сепсисом токсический гепатит .
<b>Следующие клинические дисциплины</b>		
Семейная медицина	Патогенез, эпидемиологию, клинику, особенности клинического течения, последствия бруцеллеза, сепсиса и других заболеваний, сопровождающихся синдромом длительной лихорадки. Принципы лечения, профилактики	Проводить дифференциальную диагностику, обнаружить основные клинические синдромы, осложнения, анализировать лабораторные данные. Своевременно госпитализировать больного в стационар. Оказать

		необходимую медицинскую помощь
<b>Внутрипредметная интеграция</b>		
Инфекционные болезни	Особенности инфекционных болезней. Принципы диагностики, лечения, профилактики инфекционных болезней. Патогенез, эпидемиологию, клинические особенности, лабораторную диагностику, возможные осложнения бруцеллеза, сепсиса и других заболеваний, сопровождающихся синдромом длительной лихорадки. Принципы профилактики, лечения, диспансерного наблюдения	Проводить дифференциальную диагностику заболеваний с лихорадкой неясного генеза. Распознавать возможные осложнения, анализировать данные лабораторного обследования. Составлять план лечения. Оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе

#### 4. Содержание темы и ее структура

# Синдром лихорадки неясного генеза

## Сепсис

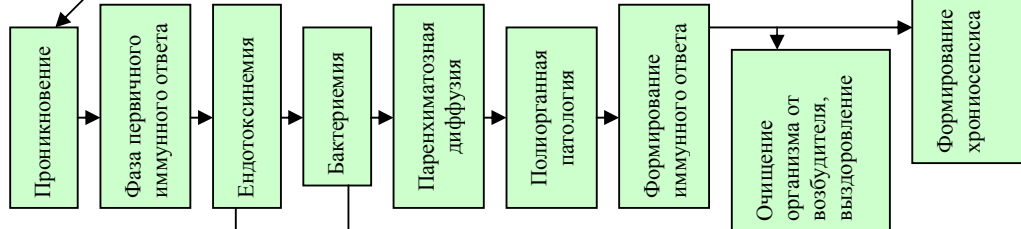
Этиология

Стафилококки, колибактерии, стрептококки, грибы и др.

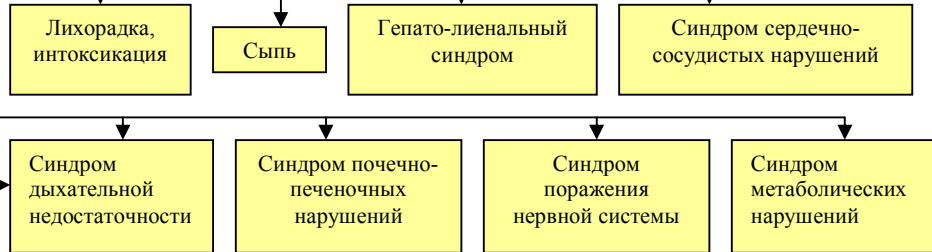
Эпидемиология

Полиэтиологическое заболевание с множественным механизмом передачи, которое характеризуется синдромом системной воспалительной реакции с явлениями септикопиемии.

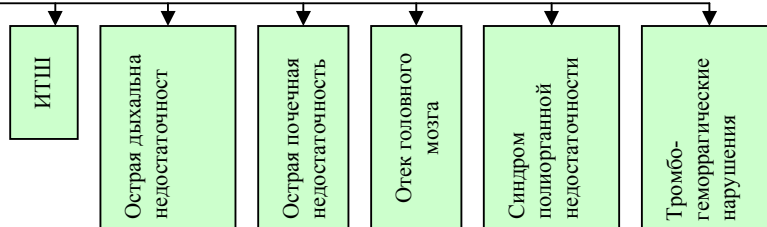
Патогенез



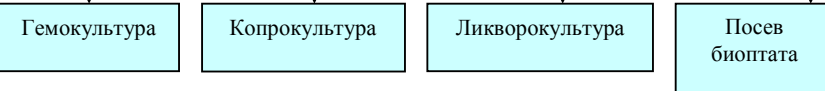
Клиника



Осложнения



Специфическая диагностика



Лечение





## 5. План и организационная структура занятия:

Основные этапы занятия, их функции и содержание	Учебные цели в уровнях усвоения	Методы контроля и обучения	Материалы методического обеспечения (инструкции)	Час (мин.)
1	2	3	4	5
<p>1. Подготовительный этап:</p> <p>1. Организация занятия</p> <p>2. Определение учебных целей и мотивация</p> <p>3. Контроль начального уровня знаний</p> <p>Содержание - смотри п. 2.1; п.2.2. «Учебные цели»</p>	11	Собеседование, индивидуальный опрос. Тестовый контроль	Смотри п.1. «Актуальность темы»; Смотри п.2. «Учебные цели» Вопросы для индивидуального опроса. Тесты 2 уровня.	
<p>2. Основной этап формирования системы профессиональных умений и приемов.</p> <p>Содержание - смотри п.2.2.; п.2.3. «Учебные цели»</p>	3	Практический профессиональ-ный тренинг. Решение разнообразных клинических заданий	Курация тематических больных. Истории болезней. Выписки из историй болезней. Архивные истории болезней. Ситуационные задачи 2-3 уровней.	
<p>3. Заключительный этап</p> <p>1. Контроль и коррекция уровня профессиональных знаний и умений.</p> <p>2. Подведение итогов занятия.</p> <p>3. Домашнее задание с перечисленной тематической учебовой литературой (основной и дополнительной)</p>	4	Индивидуаль-ный контроль практических умений и навыков. Анализ типичных ошибок. Тестовый контроль.	Тесты 3 уровня. Ситуационные задачи 3-го уровня.	15

**Лихорадка** – это реакция организма, проявляющаяся повышением температуры тела в ответ на внедрение инфекции или всасывание токсических веществ при повреждении тканей.

В основе лихорадке лежит нарушение теплорегуляции, связанное с нарушением обмена веществ. При лихорадке значительно повышается теплоотдача.

Снижение температуры в течение нескольких часов называют *кризисом*, или критическим падением температуры, например при крупозной пневмонии, сыпном тифе, малярии.

Снижение температуры в течение нескольких дней называется *лизисом*, например при брюшном тифе, бронхопневмонии. Литическое снижение температуры для больного наиболее благоприятно.

#### **Физиология лихорадки**

Температура тела здорового человека равна 36-37 °С, у детей на 0,5 -1°С выше, у пожилых людей соответственно – ниже, что обусловлено повышением окислительных процессов у детей и снижением их у стариков. Интенсивность окислительных процессов у женщин в менструальный период меняется, что влечет за собой иногда повышение температуры на несколько десятых градуса.

**«Длительная лихорадка неясного генеза» - повышение температуры тела выше 38 °С, которое длится более 2 недель, а причина лихорадки остаётся невыясненной после проведения рутинных исследований.**

#### **Критерии длительной лихорадки неясного генеза**

- температура тела пациента 38 °С и выше
- длительность лихорадки две недели и более, либо эпизоды подъёма температуры в течение этого срока
- неясность диагноза после проведения обследования с помощью обычных методов

#### **Типы температурных кривых**

- Постоянная лихорадка – температура тела обычно высокая (39 °С), держится в течение нескольких дней с суточными колебаниями в пределах 1 °С (при крупозной пневмонии, сыпном тифе и др.)
- Извращенная лихорадка – утренняя температура выше вечерней (при туберкулезе, вирусных болезнях, сепсисе)
- Неправильная лихорадка – без определенной закономерности в суточном колебании (при ревматизме, пневмонии, гриппе, онкологических заболеваниях)
- Волнообразная лихорадка – с постепенным изо дня в день повышением и таким же постоянным снижением (при лимфогранулематозе, бруцеллезе и др.)
- Возвратная лихорадка – с периодами повышения температуры до 39-40 °С и периодами нормальной или субфебрильной температуры (при возвратном тифе)
- Гектическая лихорадка – значительные (свыше 3°С) суточные или с интервалами в несколько часов колебания температуры с резким падением и подъемом (при септических состояниях)

- Перемежающаяся лихорадка – чередование через 1 -3 дня нормального и гипертермического состояния ( характерна для малярии)
- Послабляющая лихорадка - с суточными колебаниями от 1 до 2<sup>0</sup>С, но не достигающая нормального уровня (при гнойных заболеваниях)

По длительности лихорадки:

- Острая - до 15 дней
- Подострая – 16 – 45 дней
- Хроническая – свыше 45 дней

По степени повышения температуры тела

- Субфебрильная - 37 – 37, 9<sup>0</sup>С
- Фебрильная - 38 – 38,9<sup>0</sup>С
- Пиретическая (высокая) – 39 – 40,9<sup>0</sup>С
- Гиперпиретическая (чрезмерная) – 41<sup>0</sup>С и выше

В зависимости от причины возникновения

- Инфекционная лихорадка
- Неинфекционная лихорадка

Дифференциально – диагностический поиск.

- Инфекции
- Новообразования
- Диффузные болезни соединительной ткани.

на долю которых приходится 90% всех случаев лихорадки неясного происхождения.

Среди инфекционных заболеваний наиболее часто дифференциальную диагностику проводят с такими заболеваниями:

Грипп

Характерно острое начало. Температура тела повышается в течение суток – двух до 39 -40<sup>0</sup>С. В первые два дня клиническая картина гриппа «налицо»: с явлениями общей интоксикации и высокой температурой тела. Лихорадка длится обычно от 1 до 5 дней, затем температура критически падает и нормализуется. Обычно эта реакция сопровождается потоотделением.

Сыпной тиф.

Обычно температура повышается в течение 2-3 дней до 39-40<sup>0</sup>С. Температура нарастает как вечером, так и утром. У больных отмечается незначительный озноб. С 4-5 дня болезни характерен постоянный тип лихорадки. Иногда при раннем применении антибиотиков возможен ремитирующий тип лихорадки. При сыпном тифе могут наблюдаться «врезьы» температурной кривой. Обычно это бывает на 3-4 день болезни, когда температура тела понижается на 1,5-2<sup>0</sup>С, а на следующий день с появлением сыпи на коже вновь поднимается до высоких цифр. Это наблюдается в разгар заболевания. На 8-10 день болезни у больных сыпным

тифом может наблюдаться «врез» температурной кривой, аналогичный первому. Но затем через 3-4 дня температура снижается до нормы. При неосложненном сыпном тифе лихорадка длится обычно 2-3 дня.

#### Брюшной тиф

Лихорадка – постоянный и характерный симптом брюшного тифа. В основном для этого заболевания характерно волнообразное течение, при котором температурные волны как бы накатываются одна на другую. Температурная кривая, характерная для брюшного тифа (впервые описана Вундерлихом) состоит из фазы нарастания температуры (длящейся около недели). Фазы разгара и фазы падения температуры (около 1 недели). В настоящее время в связи с ранним применением антибиотиков температурная кривая при брюшном тифе имеет различные варианты и отличается разнообразием. Чаще всего развивается ремитирующая лихорадка и лишь при тяжелом течении – постоянного типа.

#### Малярия.

Правильное чередование лихорадочных приступов (озноб, жар, падение температуры, сопровождающееся потоотделением) и периодов нормальной температуры тела характерно для малярии. Приступы при этом заболевании могут повторяться через каждые 2 дня на 3й или через 3 дня на 4й. Общая продолжительность малярийного приступа – 6 -12 часов, при тропической малярии – до суток и более. Затем температура тела резко снижается до нормальной, что сопровождается обильным потоотделением. Больной чувствует слабость, сонливость. Самочувствие его улучшается. Период нормальной температуры тела длится 48-72 ч., а затем снова типичный малярийный приступ.

#### Бруцеллез

Лихорадка- наиболее частое клиническое проявление бруцеллеза. Заболевание начинается постепенно, реже – остро. Иногда заболевание сопровождается типичной для бруцеллеза волнообразной температурной кривой ремитирующего типа, интремиттирующей или постоянной. Лихорадочные волны сопровождаются обильным потоотделением. Промежутки между волнами – от 3-5 дней до нескольких недель, иногда – месяцев. При бруцеллезе отмечается поражение различных органов и систем, прежде всего страдают опорно – двигательная, урогенитальная, нервная системы, увеличиваются печень и селезенка.

#### Лихорадка неинфекционного генеза

Может быть следствием рефлекторного воздействия на центры терморегуляции (например, при прохождении камня по мочеточнику или желчным путям).

#### Также причинами лихорадки неинфекционного генеза могут быть:

- Кровоизлияние в мостомозжечковую область
- Тиреотоксикоз
- Экссудативный плеврит, перитонит, перикардит также сопровождаются лихорадкой, тогда как выпот в эти полости при циррозе печени, нефрите, сердечной недостаточности протекает обычно без повышения температуры.

Необходимо исключить также:

#### Бронхолегочные заболевания

Повышение температуры тела может наблюдаться при различных заболеваниях легких, сердца, других органов. Так воспаление бронхов (острый бронхит) может возникать при острых инфекционных заболеваниях (грипп, корь, коклюш и др.) и при охлаждении организма. Температура тела при остром очаговом бронхите может быть субфебрильной или нормальной,

а при тяжелом течении может повышаться до 38 -39 °С. Беспокоит также слабость, потливость, кашель.

Лихорадка при новообразованиях.

Более 1\3 случаев лихорадки неясного генеза связано с трудно распознаваемой первичной локализацией злокачественных новообразований, чаще в брюшной полости. А именно: в почках (гидронефрома), ободочной толстой кишке, печени, желудке. Часто сопровождается лихорадкой метастазировавший рак легких, поджелудочной железы.

Лихорадка при диффузных заболеваниях соединительной ткани

Чаще всего развивается при узелковом периартериите – обычно волнообразная и иногда в течение определенного времени может быть единственным симптомом болезни, кроме того могут быть проявления полиорганной патологии – коронарит, синдром Вегенера, абдоминальный синдром, поражение почек с гипертензией, полиневрит, нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение содержания фибриногена, СОЭ,  $\alpha_2$  и  $\gamma$  – глобулинов.

## **6. Материалы методического обеспечения занятия:**

### **6.1 Материалы контроля для подготовительного этапа занятия.**

#### **6. 1. 1 Контрольные вопросы для индивидуального опроса:**

1. Определение понятия “синдром длительной лихорадки неясного генеза”. Дайте определение лихорадочного синдрома?
2. Чем обусловлено защитное действие лихорадки
3. Какой бывает лихорадка по продолжительности ?
4. Какой бывает лихорадка по степени повышения температуры?
5. Назовите типы температурных кривых?
6. При каких инфекционных заболеваниях наблюдается постоянная лихорадка?
7. Какое диагностическое значение имеют разные типы лихорадок?
8. Какая тактика врача в назначении жаропонижающих средств больным лихорадкой?
9. Какое лечение проводят на догоспитальном этапе?
10. Какое лечение проводят в стационаре?
11. План обследования больных с длительной лихорадкой.
11. Типы лихорадки при брюшном тифе.
12. Дифференциальная диагностика сыпного и брюшного тифов, малярии, бруцеллеза, сепсиса.
13. Методы специфической диагностики брюшного тифа. Интерпретация результатов в зависимости от срока болезни и материала для исследования.
14. Сроки назначения гемокультуры.
15. Осложнение брюшного тифа и неотложная помощь при них.
16. Этиотропная терапия брюшного тифа: дозы, путь введения, длительность лечения.
17. Принципы патогенетической терапии брюшного тифа.
18. Источник инфекции при малярии и пути передачи малярии.
19. Стадии циклического клинического хода малярии.
20. Виды температурной кривой при малярии.

21. Методы специфической диагностики малярии.
22. Этиотропная терапия малярии. Дозы, путь введения, длительность назначения..
23. Основные осложнения малярии: малярийная запятая, гемоглобинурийная лихорадка, возможные причины их возникновения, клиника, диагностика и лечение.
24. Характеристика лихорадки при бруцеллезе.
25. Методы специфической диагностики бруцеллеза, их интерпретация.
26. Этиотропная терапия бруцеллеза.
27. Патфизиологическое определение понятия «сепсис».
28. Этиологическая структура сепсиса.
29. Пути передачи и входные ворота при сепсисе.
30. Характеристика факторов патогенности при грамм - положительном и грам-отрицательном сепсисе и особенности их клинических проявлений.
31. Дифференциальная диагностика сепсиса с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, которые сопровождаются длительной лихорадкой.
32. Гемограмма у больного сепсисом.
33. Принципы лечения больного сепсисом.

**Тесты 2-го уровня: выбрать правильный ответ.**

**$\alpha=2$**

**Вариант № 1**

1. Укажите критерии постановки диагноза «сепсис»:
  - A. повышение температуры тела до 40°
  - B. воспалительные изменения в периферической крови
  - C. синдром системной воспалительной реакции и положительная гемокультура
  - D. положительная гемокультура
  - E. положительная реакция на С-реактивный белок
2. Главным в патогенезе при грамотрицательном сепсисе есть:
  - A. снижение уровня эндогенных гормонов
  - B. наличие хронических и сопутствующих заболеваний
  - C. действие эндотоксина
  - D. высокая вирулентность микроорганизма
  - E. снижение уровня кислотности желудочного сока
3. Возбудителем сепсиса являются:
  - A. грамотрицательные бактерии
  - B. полиэтиологическое заболевание
  - C. простейшие
  - D. грибы
  - E. вирусы
4. К группе каких инфекций принадлежит бруцеллез?
  - A. антропоноз

- В. сапроноз
- С. зооантропоноз
- Д. зооноз
- Е. протозооз

5. Укажите, какая сыпь больше всего характерная для сепсиса:

- А. розеолезная
- В. пятнистая
- С. папулезная
- Д. геморрагическая
- Е. пустулезная

6. Укажите, какой из препаратов может использоваться в лечении сепсиса в виде монотерапии?

- А. цефалоспорины
- В. пенициллин
- С. аминогликозиды
- Д. имипенем
- Е. фторхинолоны

#### ЭТАЛОНЫ ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

1. С	3. В	5. Д
2. С	4. Д	6. Д

#### *Ситуационные задачи второго-третьего уровня усвоения*

**(α=2)**

1. Больной К. в 32 г. госпитализирован с приступами лихорадки, которые сопровождались потоотделением и повторялись каждые 48 час. 12 лет тому назад проходил военную службу в Таджикистане, где болел малярией. Объективно: субиктеричность склер, бледность кожи, увеличения печени на 2 см и ее уплотнение, увеличение селезенки на 5 см. Какое обследование необходимо провести для уточнения и подтверждения диагноза?
  - А. Микроскопия толстой капли и мазка крови
  - Б. Биохимический анализ крови
  - В. Серологическое исследование крови
  - Г. Определение уровня билирубина крови
  - Д. исследование активности ферментов сыворотки крови АЛАТ и АСАТ

2. У хворого, 29 лет, установлен диагноз малярия. Приступы лихорадки появляются в вечернее и ночное время, повторяются через день, длительность лихорадочного приступа составляет 4-6-часов.  
Уровень паразитемии не высокий, течение заболевания легкое. О какой этиологической форме малярии идет речь в данном случае?  
А. Овале- малярия  
Б. Тропическая малярия  
В. Четырехдневная малярия  
Г. Вивакс-малярия  
Д. Ни одна из перечисленных
3. У ВИЧ-инфицированного больного, который 2 года чувствовал себя удовлетворительно, во время планового диспансерного осмотра обнаружено похудание, диарея, увеличение лимфатических узлов - шейных и паховых, значительные белые наслоения на слизистой полости рта, субфебрильная температура тела. Проведено иммунологическое исследование: CD 4 + клетки 350 в 1 мкл крови. Вирусная нагрузка 55000 в 1 мл крови. Дайте рекомендации по лечению.  
А. Антиретровирусная терапия 3 препаратами  
Б. Антиретровирусная терапия 2 препаратами  
В. Антиретровирусная терапия 1 препаратом  
Г. Антибиотики, ретровир, иммуномодуляторы  
Д. Протигрибковые препараты, ретровир, иммуномодуляторы
4. Терапевтом на консультацию к инфекционисту направлен больной в 43 г. с диагнозом «лихорадка неясного генеза». 16-й день болезни. Температура тела по прибытии в поликлинику снизилась до 37,3 С. Пульс 96 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70 мм рт ст., язык утолщен, сух, покрыт серо-бурым наслоением, по краям отпечатки зубов. На животе единичные розеолы. Увеличены печень и селезенка. Последний день кал дегтеобразный. Наиболее вероятный диагноз?  
А. Кишечное кровоизлияние у больного брюшным тифом  
Б. Иерсиниоз  
В. Сыпной тиф  
Г. ЕСНО-экзантема  
Е. Псевдотуберкулез

***Ситуационные задачи второго-третьего уровня усвоения      α=3***

**Задача №1**

У больного Н. в течение 12 дней повышение температуры тела до 38 0С, что сопровождается потливостью, ощущением жара. Общее самочувствие не страдает. Больной работает зоотехником.

Об-но: кожные покровы влажные, пальпируются все группы лимфатических узлов размером до 5 мм. Во время пальпации живота определяется увеличение печени и селезенки. Боль в крестце и левом тазобедренном суставе.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

**Задача №2**



Больной Н. госпитализирован в клинику с высокой температурой, выраженным менингеальным синдромом. Заболел 3 недели тому назад. Заболевание началось остро с высокой температуры, озноба, потливости. Месяц тому назад работал на ферме и помогал при окоте овец.

Об-но: сознание ясное, выраженные менингеальные симптомы. Кожа влажная, суставы не изменены. В ликворе: цитоз 1,5 тыс. лимфоцитов в 1 мкл.; белок 3,5г/л. Реакция Райта 1:200, ИФА IgM (+).

- 1.Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

### Задача №3

Больной Н. 24 лет доставлен в стационар машиной скорой помощи с жалобами на температуру (39 0С), озноб, боль в нижней челюсти, снижение диуреза, кашель. Два дня назад - удаление коренного зуба.

Об-но: на месте удаленного зуба - отек, гиперемия десен, гнойные налеты; увеличенные и болезненные подчелюстные лимфатические узлы. Во время аускультации легких с обеих сторон выслушиваются влажные хрипы среднего калибра. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 120/мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, пальпируется селезенка - мягкая, безболезненная. При постукивании в области почек - боль, моча розового цвета. В крови лейкоцитоз  $18 \times 10^9$ , СОЭ-32 мм/ч.

- 1.Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

### Задача №4

Больной М. 48 лет доставлен машиной скорой помощи: заторможенный, жалуется на сильную головную боль, высокую температуру тела, рвота.

Об-но: нечетко ориентирован во времени и пространстве, кожа бледная, на туловище единичные элементы розеолезной - геморрагической сыпи. Слизистые оболочки ротоглотки без особенностей. Системно увеличены лимфатические узлы - размером до 5-6 мм, не спаянные между собой. В легких - жесткое дыхание, рассеяны сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД-90/60 мм.рт.ст.,пульс 110/мин., слабой напряженности, мягкий. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, пальпируется край печени и селезенки. Позитивные симптомы Кернига, Брудзинского. При проведении люмбальной пункции спинномозговая жидкость вытекает с частотой 80 капель/мин., мутная.

- 1.Предварительный диагноз.

2. План обследования.
3. План лечения.

#### Задача №5

Больная 52 лет заболела остро, когда после озноба температура тела повысилась до 39,8°C, появилась головная боль, однократно была рвота. В следующие дни сохранялась, несмотря на прием аспирина, высокая постоянного типа лихорадка, нарастала сонливость. На 6-ту сутки впала в бессознательное состояние. 10 дней тому назад приехала из Африки, где была в течение 1 месяца.

Об-но: Т-40,1°C. Без сознания, выражено психомоторное возбуждение. Зрачки сужены, плохо реагируют на свет. Коленные рефлексы повышенные, позитивные симптомы Бабинского и Оппенгейма. Кожа бледная с лимонным оттенком, цианоз губ. Склеры иктеричны. Пульс 112 1 минуту, слабого наполнения. АД- 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Пальпируется значительно увеличенная селезенка. Печень умеренно увеличена. В общем анализе крови низкий уровень гемоглобина.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

#### Задача №6

В 31-летнего больного появился резкий озноб, Т 39,0 °С, которая держалась на фоне головной боли, слабости, жара 9 часов и внезапно снизилась до нормальной с сильным потоотделением. Год назад вернулся из Южной Азии, где было несколько приступов лихорадки, по поводу которых не обследовался и не лечился. На следующий день обратился за помощью.

Об-но: Т 36,8, пульс 70 уд. в мин. Живот мягкий, не болезнен. Печень +2 см, селезенка +3 см.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

#### Задача 7

Больная 45 лет заболела приблизительно, 2 -3 недели тому назад: общая слабость, нарушение работоспособности, постепенное повышение температуры. В конце 1 недели болезни температура достигла 38,8 - 39,5, в следующие дни имела постоянный характер, головная боль иногда была нестерпимой, ухудшился сон, появился умеренный кашель. Лечилась амбулаторно с диагнозом „бронхопневмония”. Назначенный пенициллин был неэффективным. Состояние резко ухудшилось в канун госпитализации: выражена общая слабость, головокружение, больная потеряла сознание. Во время осмотра: состояние тяжелое; кожа бледная, холодный пот на лице; температура 37,2 0С. АД 80/50. Пульс 130/мин., слабый. Живот несколько вздут, безболезнен. Стул жидкий, имеет вид дегтя. Гепатолиенальный синдром. Положительный симптом Филиповича.

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.

### 3. План лечения.

#### Задача 8

Студент из Эфиопии заболел постепенно через неделю по возвращении из дома, где находился на каникулах на протяжении месяца, жил в сельской местности без централизованного водоснабжения. Болезнь началась с общей слабости, повышения температуры до 38,0 °C, ухудшение аппетита. Начиная с 5 дня болезни, температура имеет постоянный характер в пределах 39,0 - 40,0 °C, появилась сильная головная боль, состояние значительно ухудшилось. Направлен в больницу на 7 день болезни. Во время осмотра: состояние тяжелое, больной заторможен, температура тела 39,7 °C, язык «фулигинозный». Слабоположительные симптомы Брудзинского, Кернига, определяется умеренная ригидность затылочных мышц. Кожа бледная, сыпи нет. Пульс 80/мин.; АД 100/60. Живот умеренно вздут. Печень, селезенка увеличены. Позитивный симптом Падалки.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. План лечения.

#### Задача 9

Больной Н. 40 лет обратился с жалобами на периодическое повышение температуры тела (37,2-37,5 °C), которое чередуется с периодами апиреksии до 10-12 дней, слабость, быструю утомляемость. Лечился амбулаторно в связи с выделением из крови стрептококка, «С»-реактивный белок (+); ускоренное СОЭ-28 мм/час, лейкоцитоз -  $12 \times 10^9/\text{л}$ .

Об-но: сознание ясное, на коже туловища, конечностей единичные элементы гнойничковой сыпи. Увеличены чувствительные при пальпации подмышечные и паховые лимфоузлы. В легких ослабленное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичны, приглушены. Пульс 78 /мин. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см, край чувствителен, селезенка (+).

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. План лечения.

#### Задача 10

Больной А., работник мясокомбината, обратился к врачу с жалобами на суставные боли, периодическое повышение температуры последние 8 месяцев.

Об-но: гепатолиенальный синдром, боль и ограничение подвижности левого голеностопного сустава. При исследовании крови: нормоцитоз, реакция Хеддельсона 1:100.

1. Предварительный диагноз.

2. План обследования.

3. План лечения.

**7.1 Профессиональный алгоритм формирования знаний и умений диагностики заболеваний, сопровождающихся лихорадкой неясного генеза.**

№	Задание	Последовательность выполнения	Предупреждения, замечания которые касаются самоконтроля
1.	Овладеть методикой клинического обследования больного с лихорадкой неясного генеза (бруцеллез, сепсис, сыпной и брюшной тиф, СПИД ).	<p>I.Выяснить жалобы больного.</p> <p>II.Выяснить анамнез болезни.</p>	<p>Выделить жалобы, которые характеризуют синдромы:</p> <p>-лихорадки, интоксикации, органических поражений.</p> <p>Обратить внимание на характер начала заболевания; сроки, последовательность, динамику возникновения</p> <p>-лихорадки;</p> <p>-потливости;</p> <p>-чувства жара;</p> <p>-боли в суставах;</p> <p>-головной боли;</p> <p>-наличия сыпи;</p> <p>-других симптомов</p>
2.	Провести курацию больного	<p>2. Анамнез жизни</p> <p>3. Эпид. анамнез</p> <p>II.Провести объективное обследование</p> <p>1. Внешний осмотр:</p> <p>-общее состояние больного;</p> <p>-кожа, слизистые оболочки, лимфатические узлы</p> <p>-опорно-двигательный аппарат</p>	<p>Выяснить перенесенные ранее заболевания</p> <p>Обнаружить данные относительно реализации механизма передачи, обратить внимание на пребывание больного в регионах с повышенным риском заражения бруцеллезом, наличие хронических бактериальных очагов</p> <p>Помнить: наличие, выраженность симптомов, обусловлены сроком и тяжестью течения заболевания, зависят от возраста больного, наличием сопутствующей патологии.</p> <p>Обратить внимание на:</p> <p>-слабость, вялость, адинамию, заторможенность больного;</p> <p>-температура тела;</p> <p>-бледность кожи;</p> <p>-влажность кожи;</p> <p>-наличие сыпи, ее локализация, тип;</p> <p>-наличие гнойных очагов;</p> <p>-наличие лимфаденопатии;</p> <p>-наличие фиброзитов, целлюлитов;</p> <p>-болезненность суставов, их локализация, объем функциональных нарушений</p> <p>Обратить внимание на:</p>

		<p>2. Дыхательная система: внешний осмотр, перкуссия, аускультация легких</p> <p>3. Сердечно-сосудистая система:  -пульс</p> <p>4. Пищеварительная система: -осмотр языка; -перкуссия органов брюшной полости; -пальпация живота;</p> <p>5. Нервная система</p>	<p>-наличие признаков дыхательной недостаточности, одышка, частота дыхания, бледность носогубного треугольника, наличие цианоза, укорачивание перкуторного звука, бронхофония, наличие хрипов при аускультации.</p> <p>Обратить внимание на: -частоту сердечных сокращений, границ сердца, характер тонов и шумов сердца, величину кровяного давления; -частоту напряженность, полноту, твердость, высоту пульсовой волны.</p> <p>Обратить внимание на: -сухость, налет на языке; -гепатолиенальный синдром; -метеоризм; -симптомы раздражения брюшины; -симптом поколачивания в проекции почек.</p> <p>Обратить внимание на психосоматическое состояние: -возбуждение, агрессия, апатия; -характер сна; -поведенческие реакции; -изменения сознания; -наличие корешковых симптомов; -наличие менингеального синдрома; -степень нарушения сознания.</p>
3.	Назначить лабораторные и дополнительные обследования, интерпретировать результаты	<p>II. Общий анализ крови</p> <p>2. Общий анализ мочи</p> <p>3. Общий анализ ликвора</p> <p>4. УЗИ органов брюшной полости</p> <p>5. Р-графия легких</p> <p>6. ЭКГ</p>	<p>Обратить внимание на типичные изменения: -лейкоцитоз, нормоцитоз, тромбоцитопению, ускоренную СОЭ, палочкоядерный сдвиг влево; - характер системного воспалительного ответа; -токсико-аллергическое поражение почек; изменения диуреза; -наличие белка, форменных элементов крови, клеток эпителия</p> <p>- изменения клеточного и белкового состава ликвора; Гепатолиенальный синдром</p> <p>-респираторный дистресс-синдром -признаки миокардита -признаки менингоэнцефалита</p>

		<p>7.МРТ головного мезга</p> <p>8.Гемокультура</p> <p>9.Копро-; урино-; ликворо-, миело- культура, посев мокроты</p> <p>10. Серологические методы:</p> <p>-РА Райта -РА Хеддельсона -РСК -ИФА (IgM; IgG) -реакция Кумбса - внутрикожная проба Бюрне</p>	<p>-назначить независимо от времени заболевания на весь лихорадочный период не менее трех исследований</p> <p>- назначается при наличии признаков полиорганной недостаточности.</p> <p>Назначаются в парных сыворотках крови с интервалом 3-4 недели</p> <p>-диагностический титр 1:200; -диагностический титр 1:100;</p> <p>- учет проводится через 24, 48 часов: -проба позитивна, если отек больше 10 мм</p>
--	--	---	---

## **ЛИТЕРАТУРА ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ**

### **Основная:**

1. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни.-Киев: Здоров'я, 2001.-Т.3-с.224-256.
2. Руководство по инфекционным болезням (Под ред. Лобзина Ю.В.-Санкт-Петербург: Фолиант, 2003.
3. Інфекційні хвороби у загальній практиці та сімейній медицині/За ред.Андрейчина М.А. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2007
4. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. М. «Медицина», 1995, с.208-223.
5. Бочоришвили В.Г. Сепсисология с основами инфекционной патологии. Тбилиси: Мецниереба, 1988.
6. Интенсивная терапия. Под ред. В.Д.Малышева. М.: Медицина, 2002.

### **Дополнительная:**

1. Гавришева Н.А., Антонова Т.В. Инфекционный процесс. Клинические и патофизиологические аспекты.-СПб.: Специальная литература, 1999.-255с.
2. Иммунология инфекционного процесса: Руководство для врачей (Под ред. Покровского В.И. и др.)-М.: РАМН, 1994.-305с.
3. Шуляк В.И. Сепсис. Определение, диагностическая концепция, патогенез и интенсивная терапия //Метод. рекомендації. – Запорожье. - 2005. – 30с.